

Iran J War Pub Health  
Vol. 6, No. 3, Spring 2014  
Pages: 115-124

## Life Style Reviewing in Corresponding with Amputation in Traumatic Patients; A Qualitative Study

Dadkhah B.<sup>1</sup> *PhD*, Valizade S.\* *PhD*, Mohammadi E.<sup>2</sup> *PhD*,  
Hassankhani H.<sup>3</sup> *PhD*, Mozaffari N.<sup>4</sup> *MSc*, Mohammadi M.A.<sup>4</sup> *MSc*

\*Pediatric Department, Nursing & Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

<sup>1</sup>Nursing Department, Nursing & Midwifery Faculty, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

<sup>2</sup>Nursing Department, Medicine Faculty, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

<sup>3</sup>Medical-Surgical Nursing Department, Nursing & Midwifery Faculty,  
Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

<sup>4</sup>Nursing Department, Nursing & Midwifery Faculty, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

### Abstract

**Aims:** Amputation is highly effective on mental status, family and social relationships. Adjustment and modification of lifestyle is known as the strongest force to successful coping with amputation and stressful situations and it facilitates tolerance of problems for patients. The aim of this study was to explanation of effective factors in adjustment and modification of lifestyle in traumatic patients during the process of adaptation to amputation of lower limbs.

**Participants & Methods:** This qualitative study using content analysis method was done among patients with traumatic lower limb amputations in Ardabil. 20 participants were selected using purposive sampling from Veterans Foundation and Welfare Administration of Ardabil. The main method of data collection was in-depth and unstructured interviews with open questions. Data was analyzed using MAXq10 software word by word based on the 5 Steps of Lundman and Graneheim.

**Finding:** Central and pivotal concept of lifestyle was consisted from underlying and primary classes and events such as "getting the information", "the sense of independence", "pain control", "prosthesis replacement", "routines management", "exercise", "traveling" and "continuing the education".

**Conclusion:** The use of effective coping strategies, along with social support is the main factor in adaptation and compromise with amputation and lifestyle modification.

**Keywords:** Trauma; Amputation; Lifestyle; Qualitative Study

---

\* Corresponding Author: All requests Should be sent to valizadeS@tbzmed.ac.ir

Received: 5 March 2014

Accepted: 17 May 2014

## بازنگری سبک زندگی در تطابق با قطع عضو در بیماران ترومایی؛ مطالعه کیفی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۲/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۲/۲۷

\* نویسنده مسئول: valizadeS@tbzmed.ac.ir

### مقدمه

امروزه، تروما در هر جامعه‌ای با هر وضعیت اقتصادی و اجتماعی، یک مشکل بزرگ بهداشتی محسوب می‌شود. تروما یا آسیب جسمی ناگهانی، علاوه بر اینکه عامل حدود ۱۲٪ از کل عوامل منجر به مرگ و میر در سراسر جهان است، موجب بروز ناتوانی‌های موقت یا دائمی برای میلیون‌ها نفر می‌شود. این مساله نه تنها خود فرد، بلکه در ابعاد گسترده تری، خانواده، منابع جامعه و سیستم‌های درگیر این مساله را متوجه خود می‌کند. بنا بر این دلایل، سازمان جهانی بهداشت، تروما را یکی از اولویت‌های بهداشتی معرفی کرده است [۱-۴].

اگرچه تلفات جانی از دیدگاه سلامت و جامعه، یک شاخص اصلی برای بیان اهمیت صدمات است، با این حال در برخی مواقع توجه به این موضوع از دیده پنهان است که به ازای هر تلفات جانی ناشی از آسیب‌ها، تعداد زیادی صدمات از جمله آمپوتاسیون یا قطع عضو در موازات آن ایجاد می‌شود که منجر به بستری‌شدن، دریافت خدمات بیمارستانی و پیش‌بیمارستانی، و به کارگیری امکانات انسانی و تجهیزاتی در زمینه درمان و توانبخشی این مصدومان می‌شود. تروما مهم‌ترین علت قطع عضو در دنیاست. سایر علل عبارت از عفونت، دیابت، بیماری‌های عروقی و سرطان‌اند. در عین حال، آمار افراد قطع عضو ناشی از تروما از کشوری به کشور دیگر متفاوت است. در کشورهای درگیر جنگ، حدود ۸۰٪ قطع عضوها به علت جنگ است. برای نمونه در کشور کامبودیا ۹۴/۵٪ قطع عضوها ناشی از ترومای جنگ، ۴/۵٪ سایر تروماها و ۱٪ به علت بیماری است، در حالی که این میزان در کشور زیمبابوه به ترتیب ۶۵٪، ۲۵٪ و ۱۰٪ و در ایالت متحده ۳٪، ۳۲٪ و ۶۵٪ و در دانمارک ۲٪، ۳۰٪ و ۶۸٪ است [۵]. در کشورهای در حال توسعه، اغلب قطع عضوهای افراد زیر ۵۰ سال به علت تروما و آسیب‌های مرتبط با تصادفات، حوادث صنعتی و یا جنگ اتفاق می‌افتد [۶]. بر اساس آمار بنیاد مستضعفان و جانبازان انقلاب اسلامی ایران، تعداد ۲۰۸۰۱ جانباز در ایران دچار قطع عضو هستند که از این تعداد، ۱۲۹۸۱ نفر (۶۲/۴۰٪) مبتلا به قطع اندام تحتانی‌اند [۷].

تأثیری که قطع عضو بر وضعیت روحی و روانی و روابط خانوادگی و اجتماعی بر جای می‌گذارد غیرقابل انکار است. از آن جا که ناتوانی جسمی علاوه بر سازگاری روانی-اجتماعی بر سلامت روان فرد نیز تأثیر می‌گذارد، بنابراین این گونه افراد در مقایسه با افراد عادی بیشتر دچار انزوای اجتماعی می‌شوند [۸، ۹]. بازگشت دوباره به زندگی بعد از قطع عضو بسیار دشوار است و احتمال دارد افراد بیمار به دلیل عدم تطابق با شرایط جدید دچار مشکلات روانی-اجتماعی

### بهروز دادخواه PhD

گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

### سوسن ولیزاده\* PhD

گروه کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

### عیسی محمدی PhD

گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

### هادی حسخانی PhD

گروه داخلی-جراحی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

### ناصر مظفری MSc

گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

### محمدعلی محمدی MSc

گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

### چکیده

**اهداف:** قطع عضو بر وضعیت روانی، روابط خانوادگی و اجتماعی بسیار تأثیرگذار است. تعدیل و اصلاح سبک زندگی به عنوان قوی‌ترین نیروی مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز با آمپوتاسیون و شرایط تنش‌زا شناخته شده و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند. هدف این مطالعه تبیین عوامل موثر در تعدیل و اصلاح سبک زندگی در بیماران ترومایی در خلال فرآیند تطابق با قطع عضو اندام تحتانی بود.

**مشارکت‌کنندگان و روش‌ها:** این مطالعه کیفی با روش تحلیل محتوی، در میان بیماران ترومایی دچار قطع عضو اندام تحتانی در استان اردبیل انجام شد. ۲۰ مشارکت‌کننده با استفاده از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف از بنیاد شهید جانبازان-ایثارگران و اداره بهزیستی استان اردبیل انتخاب شدند. روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه عمیق و بدون ساختار با استفاده از سؤالات باز بود. داده‌ها با استفاده از نرم افزار MAXq10 به صورت کلمه‌به‌کلمه، براساس ۵ گام لاندمن و گرنه‌هایم تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** مفهوم اصلی و محوری سبک زندگی از طبقات و رخدادهای زمینه‌ای و اولیه مثل "کسب آگاهی"، "احساس استقلال"، "کنترل درد"، "جایگزین کردن پروتز"، "مدیریت امور روزمره"، "ورزش کردن"، "سفر" و "ادامه تحصیل" تشکیل شده بود.

**نتیجه‌گیری:** استفاده از راهبردهای مقابله‌ای موثر در کنار حمایت اجتماعی مهم‌ترین عامل در تطابق و سازش با قطع عضو و اصلاح سبک زندگی است.

**کلیدواژه‌ها:** تروما؛ قطع عضو؛ سبک زندگی، مطالعه کیفی

قطع عضو اندام تحتانی منجر به نقصان و تغییراتی در توان عملکردی یا فعالیتی افراد در زندگی روزمره و سطح سلامت آنها می‌شود. در نتیجه آنها احساس می‌کنند نیازمند تعدیل و اصلاح الگوها و سبک زندگی خود به‌منظور غلبه بر این مشکلات و ناتوانی‌ها هستند. منظور از سبک زندگی، فعالیت عادی و معمول زندگی است که افراد آنها را در زندگی خود به‌طور قابل قبول پذیرفته‌اند [۲۳، ۲۴]. تعدیل و اصلاح سبک زندگی به عنوان عامل مهمی در سازگاری و تطابق با بیماری‌های مزمن از جمله قطع عضو شناخته شده است و می‌تواند قوی‌ترین نیروی مقابله‌ای در رویارویی موفقیت‌آمیز با قطع عضو و شرایط تنش‌زای ناشی از آن باشد و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل کند. بنابراین پژوهش‌ها اتخاذ سبک زندگی جدید را به عنوان "سازگاری با بیماری" مفهوم‌پردازی کرده‌اند [۲۴].

هدف این پژوهش، تبیین عوامل موثر در تعدیل و اصلاح سبک زندگی در بیماران ترومایی در خلال فرآیند تطابق با قطع عضو اندام تحتانی بود.

## مشارکت‌کنندگان و روش‌ها

این مطالعه کیفی که با روش تحلیل محتوی انجام شد، بخشی از مطالعه جامع "فرآیند تطابق با قطع عضو اندام تحتانی در بیماران ترومایی" بود. در این مطالعه که در میان بیماران ترومایی دچار قطع عضو اندام تحتانی در استان اردبیل انجام شد، ۲۰ مشارکت‌کننده با استفاده از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف از بنیاد شهید جانبازان-ایشانگران و اداره بهزیستی استان اردبیل انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان با حداکثر تنوع (از لحاظ مدت قطع عضو، سن، جنسیت، وضعیت تاهل، تحصیلات و شغل و غیره) انتخاب شدند. مصاحبه با افراد نمونه تا رسیدن به مرحله اشباع داده، انجام شد.

روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه عمیق و بدون ساختار با استفاده از سؤالات باز بود. این نوع مصاحبه که بدون سؤالات راهنماست، به دلیل انعطاف‌پذیری و عمیق‌بودن، مناسب پژوهش کیفی است [۲۵]. کلیه مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر اصلی انجام شد. مصاحبه ابتدا با این سؤال کلی و باز شروع شد که "در مورد قطع اندامتان برایم توضیح دهید". سؤال‌های بعدی و پیگیری‌کننده بر اساس اطلاعاتی که شرکت‌کننده ارائه می‌کرد به سمت روشن‌شدن سؤال اصلی پژوهش، یعنی عوامل موثر در تعدیل و اصلاح سبک زندگی هدایت و متمرکز می‌شد. با استفاده از نظرات و پیشنهادات اعضای گروه، نقاط مبهم و نیازمند توجه در مصاحبه‌های بعدی مشخص می‌شد و مورد بررسی قرار می‌گرفت، به‌نحوی که نقاط ابهام برطرف شده و جایگاه کدها در هر طبقه کاملاً مشخص شود. درطول مطالعه، روش‌هایی برای اطمینان از صحت و استحکام داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. ارتباط طولانی‌مدت با افراد دچار قطع عضو باعث افزایش اعتماد آنها و ایجاد تمایل بیشتر برای

مانند افسردگی، احساس ناامیدی، کاهش اعتماد به‌نفس، خستگی، اضطراب، سرخوردگی، احساس گناه و نگرانی از وضعیت و آینده خانواده شوند. خودکشی، یا رفتارهای ناپه‌نجان از جمله اعتیاد به مواد مخدر و الکل و در نتیجه عملکرد ضعیف اجتماعی از سایر مشکلات افراد دچار قطع عضو است [۱۰، ۱۱]. این افراد اغلب با چالش‌های اقتصادی، اجتماعی، فردی، خانوادگی و محیطی درگیر هستند [۱۲-۱۸]. شیوع بیکاری پس از قطع عضو و هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم بهداشتی-درمانی ناشی از آن در بازماندگان تصادفات و جنگ بیشتر است [۱۳]. بازگشت به کار یکی از چالش‌های بزرگ این گروه است زیرا بسیاری از این افراد پس از آسیب مجبور به تغییر شغل و یا کاهش زمان کار خود هستند [۱۴، ۱۵]. مطالعات نشان می‌دهد که جانبازان با آسیب‌های مختلف ناشی از جنگ نسبت به افراد سالم از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند [۱۶، ۱۷]. به‌دنبال قطع عضو، بیماران علاوه بر محدوده وسیعی از واکنش‌های عاطفی، شرایط ناخوشایند مانند خستگی طولانی، تغییر در تفریحات، فشار اقتصادی، هزینه‌های درمان و نیز واکنش‌های دوستان و خانواده را تجربه می‌کنند، که در صورت عدم پشتیبانی کافی از سوی خانواده و جامعه ممکن است به رفتارهای غیرانطباقی در فرد بیمار منجر شود [۱۸]. بنابراین بیماران دچار قطع عضو باید استراتژی‌هایی را برای مدیریت شرایط و بیماری‌شان به‌کار گیرند. یکی از نظریاتی که به بررسی راهبردهای مقابله‌ای بیماران پرداخته است، نظریه خودتنظیمی است. بر این اساس، رفتارهای فرد ناشی از شناخت او هستند و رفتار فرد بیمار ناشی از شناخت یا سازه ذهنی او در مورد بیماری است. سازه ذهنی شامل تفسیر فرد از ماهیت بیماری (بیماری از نظر آنها چیست؟)، علت بیماری (چه عاملی در ایجاد بیماری تاثیر داشته است؟)، پیامدهای آن (بیماری چه عواقبی را در پی خواهد داشت؟)، قابل درمان یا قابل کنترل‌بودن و مدت زمان بیماری است. به این الگو، الگوی پردازش موازی (Parallel Processing Model) می‌گویند. زیرا افراد برای مقابله با بیماری، علاوه بر اطلاعاتی که در سازه ذهنی دارند، از تجارب و دانش قبلی خود نیز استفاده می‌نمایند [۱۹]. سازه ذهنی باعث تغییر در عواطف و احساسات می‌شود که به نوبه خود بر پاسخ‌های مقابله‌ای بیمار تاثیرگذار است. بیمار بر اساس سازه ذهنی، راهبردهای مقابله‌ای را انتخاب می‌کند و پس از اجراء اثربخشی آنها ارزیابی می‌کند. چرخه شکل‌گیری سازه ذهنی اعم از اتخاذ راهبردهای مقابله‌ای و ارزیابی اثربخشی آنها اساس رفتارهای خودمراقبتی و خودکنترلی برای مقابله موثر با بیماری است. سازگاری موفقیت‌آمیز به سازه‌شناختی بیمار از بیماری بستگی دارد [۲۰]. وقتی توانایی انجام این فعالیت‌ها در بیمار تقویت شود و بیمار به توانایی خود در بهبود وضعیت سلامتی‌اش از طریق تغییر رفتارهایی که انجام می‌دهد اعتقاد داشته باشد، در نهایت با افزایش خودکارآمدی، می‌تواند در کنترل بیماری موفق‌تر عمل کند [۲۱].

## یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان  $41/7 \pm 7/9$  بود و ۱۷ نفر از آنها مرد بودند. میانگین زمان ابتلا به قطع عضو در افراد شرکت‌کننده  $20/4 \pm 10/5$  بود. قطع عضو ۷ نفر ( $43/8\%$ ) از مشارکت‌کنندگان ناشی از تصادفات و قطع عضو ۹ نفر ( $56/2\%$ ) ناشی از جنگ بود. ۸ نفر ( $40\%$ ) زیر دیپلم، ۹ نفر ( $45\%$ ) فوق‌دیپلم و لیسانس و ۳ نفر ( $15\%$ ) دارای مدرک فوق لیسانس و دکتری بودند. ۹ نفر ( $45\%$ ) از شرکت‌کنندگان کارمند دولت بودند، ۶ نفر ( $30\%$ ) شغل آزاد داشتند و ۵ نفر ( $25\%$ ) بیکار یا خانه‌دار بودند. طول مدت مصاحبه فردی بین ۳۰ الی ۱۲۰ دقیقه و به طور میانگین ۷۲ دقیقه بود.

مفهوم اصلی و محوری سبک زندگی از طبقات و رخدادهای زمینه‌ای و اولیه مثل کسب آگاهی، احساس استقلال، کنترل درد، جایگزین کردن پروتز، مدیریت امور روزمره، ورزش کردن، سفر و ادامه تحصیل تشکیل شده بود.

**(۱) کسب آگاهی:** کسب آگاهی در زمینه عوارض و مراقبت از قطع اندام در تحمل شرایط افراد دچار قطع عضو نقش به سزایی داشت. با گذشت زمان، اطلاعات افراد بیشتر شده و بهتر توانسته‌اند نحوه کنترل مشکلات خود را پیدا کرده و این عامل موجب دید و امید مثبت‌تری نسبت به آینده در آنها شده است. تجسس و تفحص این افراد در زمینه نحوه اداره و مدیریت نقص اندامشان بعد از قطع بیشتر شده و سعی نموده‌اند با الهام و الگوبررسی از فکر و ایده موفقیت‌آمیز دیگران، حیطه اطلاعاتشان در مورد مدیریت قطع عضو را ارتقا داده و بر محدودیت‌های آن تا حدودی تسلط نمایند.

"خب من نقص عضو دارم ... آمدم در جاهای دیگر فکر را کار انداخته‌ام بعد مطالعه کردم از ایده‌های دیگران درس گرفتم و آوردم برای خودم الگو قرار دادم سعی کردم خودمو به طرف پیشرفت و کسب آگاهی هدایت کنم" (مشارکت‌کننده کد ۱۸). ارتباط و تعامل سازنده با گروه همتایان و تشریک مساعی با آنها در مورد نحوه و چگونگی عوارض قطع عضو از منابع دیگر کسب اطلاعات در مورد قطع اندام بود. "آقای دکتر... پایم را عمل خواهد کرد ۳-۴ سانتی‌متر بالاتر را قطع خواهد کرد اینو عرض می‌کنم با چند نفر جانباز، قطع پا تصادفی، دیابتی صحبت کردیم می‌گم سرزخم من اذیت می‌کنه همه تعجب می‌کنند با ۲۰-۳۰ نفر صحبت کردم می‌گند آن منطقه ما اصلاً اذیت نداره همه می‌گند در محل نشستن پروتز درد داریم در صورتی که من در آن منطقه مشکل ندارم" (مشارکت‌کننده کد ۶). هر چند که برخی مشارکت‌کنندگان بیان کردند که مردم در مورد پروتز و محدودیت‌های ناشی از آن اطلاع خاصی ندارند و این موضوع مشکلاتی را نیز، برای آنها فراهم می‌آورد. "من از خیابان که رد می‌شم عصا دستم نیست و موقعی که فرد پروتز دارد باید با آرامش و اطمینان راه بروم و گر نه کنترل از دستش خارج می‌شه و با سر به زمین سقوط می‌کنه یا احتمال داره

گفتن حقایق شد و تولید داده‌های حقیقی و معتبر را افزایش داد. از بازنگری مشارکت‌کنندگان برای تایید صحت داده‌ها و کدهای استخراج‌شده و تضمین اعتبار داده‌ها استفاده شد. به این صورت که پژوهشگر قسمت‌هایی از مصاحبه و تفسیر خود از صحبت‌های مشارکت‌کنندگان را در اختیار آنها قرار می‌داد و با آنها در مورد تفسیر خود و معنای کلمات آنها بحث می‌کرد تا به عقاید و مفاهیم یکسان دست یابد.

پس از تصویب پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز و جلب موافقت مسئولین مربوطه، در ابتدای مصاحبه به مشارکت‌کنندگان درباره هدف تحقیق، روش مصاحبه، اطمینان‌دادن از محرمانه‌بودن اطلاعات، و حق آنها در شرکت یا خروج از مطالعه توضیح داده شد و رضایت آگاهانه از آنان کسب شد. زمان مصاحبه نیز با هماهنگی و خواست مشارکت‌کننده تنظیم شد به‌صورتی که سبب اختلال در برنامه‌های روزانه آنها نشود. علاوه بر پژوهشگر اصلی، نتایج توسط سه نفر دیگر از اعضای هیات علمی مورد بررسی قرار گرفت و ضریب توافق  $I=0/91$  از بین ۳ نفر کارشناس به‌دست آمد. پژوهشگر، یافته‌ها را با برخی از افراد دچار قطع عضو که در پژوهش شرکت نداشتند در میان گذاشت و آنها هم تناسب یافته‌ها را مورد تایید قرار دادند. مصاحبه با مشارکت‌کنندگان متفاوت و ارایه نقل قول‌های مستقیم و مثال‌ها و تبیین غنی داده‌ها، قابلیت انتقال و تناسب داده‌ها را امکان‌پذیر نمود. اطمینان یا ثبات یافته‌ها با نسخه‌نویسی در اسرع وقت، استفاده از نظرات همکاران و مطالعه مجدد کل داده‌ها فراهم شد.

تمامی مصاحبه‌ها ضبط و بلافاصله با استفاده از نرم افزار MAXq10 به‌صورت کلمه‌به‌کلمه تجزیه و تحلیل شدند. روش تجزیه و تحلیل به‌صورت تحلیل محتوی براساس ۵ گام لاندمن و گرنه‌ایم صورت گرفت [۱۹]. در گام اول، متن مصاحبه‌ها بر روی نوار ضبط و بلافاصله کلمه‌به‌کلمه پیاده و به‌عنوان داده اصلی پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. در گام دوم نوار صدای ضبط‌شده به‌دفعات گوش داده شد و متن‌های دست‌نویس چندین بار مرور شد و تصمیم‌گیری در مورد تقسیم متن به واحدهای معنی صورت گرفت. در گام سوم طراحی به‌منظور انتزاعی نمودن واحدهای معنی و انتخاب کدها انجام شد. با توجه به تجارب مشارکت‌کنندگان مفاهیم آشکار و پنهان به‌صورت جملات یا پاراگراف از کلمات آنها و کدهای دلالت‌کننده مشخص شد، سپس کدگذاری و خلاصه‌سازی انجام گرفت و در گام چهارم بر اساس مقایسه مداوم تشابهات، تفاوت‌ها و تناسب، کدهایی که بر موضوع واحدی دلالت می‌کردند، در یک طبقه قرار گرفتند و زیرطبقات و طبقات دسته‌بندی شد و کدهای محوری شکل گرفت [۳۰-۲۶].

تجزیه و تحلیل داده‌ها همزمان با جمع‌آوری داده‌ها و به‌روش تحلیل محتوای کیفی به‌صورت مقایسه مداوم داده‌ها انجام شد.

خانم میگو بابا بگو ما می‌آریم. می‌گم من بهتر از شما می‌آرم" (مشارکت‌کننده کد ۶).

**(۳) کنترل درد:** یکی از مهم‌ترین مشکلاتی که افراد قطع عضو با آن دست و پنجه نرم می‌کنند نیاز به کنترل درد است. به‌طوری که اکثر افراد قطع عضو، بیشتر از دردهای ناشی از قطع اندام، تا خود عارضه شاکی هستند. مشارکت‌کنندگان بیان کردند علی‌رغم اینکه تحمل این دردها طاقت‌فرساست ولی تلاش می‌کنند با استفاده از شگردهای مختلف مانند افزایش روحیه، حس جنگندگی، عادت اجباری و استفاده از دارو آن را تحمل کنند.

"از دارو متنفرم و بیشتر سعی می‌کنم روحیه‌ام را بالا ببرم. می‌گم آن حس جنگندگی نمی‌داره دردها بر من غلبه کنند" (مشارکت‌کننده کد ۹). "چند سالی هست دیگه عادت کردم. تحمل می‌کنم" (مشارکت‌کننده کد ۱۳). "اکثراً هست... بالاخره به این درد عادت کردم" (مشارکت‌کننده کد ۷). احساس اندام خیالی در مشارکت‌کنندگان در هنگام فعالیت‌های معمول زندگی، سبب تجربه سقوط بر روی اندام قطع‌شده می‌شود. سپس بیماران ناچار شده‌اند برای کنترل درد شدید و طاقت‌فرسا در بیمارستان از داروهای نارکوتیک استفاده کنند. "تا مدت‌ها گاه‌ا اشتباه می‌کردم می‌خواستم کفش بپوشم! درست با وزنم روی زخم می‌افتم. دیگر اینجا تحمل درد غیرممکن بود و به بیمارستان انتقال می‌دادند تا آن آمپول‌های پتیدین می‌گید یا چی؟ از آنها می‌زدند تا کمی آرام بشه" (مشارکت‌کننده کد ۲). مشارکت‌کنندگان برای کنترل شدت درد قطع عضو در مواقعی که باعث برهم‌خوردن تعادل ارگان‌های حیاتی می‌شود، چاره‌ای جز استفاده از دارو ندارند. "اگه درد خیلی شدید بشه سعی می‌کنم دارو استفاده کنم، بعضی مواقع به‌قدری شدید میشه که قلبم ناراحت می‌شه. یعنی می‌زنه به قلبم، به سرم" (مشارکت‌کننده کد ۵).

**(۴) استعانت از رویکرد مذهبی:** استعانت از رویکرد مذهبی به عنوان یک استراتژی مهم که از قبل اتخاذ شده بود، برای تحمل درد همچنان ادامه داشت. گرایش مذهبی، ایمان و اعتقاد به خدا نیرویی بود که به آنها کمک کرده و شرایط سخت موجود ناشی از درد را برایشان قابل تحمل می‌ساخت.

"عرض کنم وقتی می‌خواستی با عصا ۵ کیلومتر با آن جراحی بلند شی بری پانسمان کنی، یا بعد از برگشت، یا حین پانسمان درد می‌گرفت من فکر کنم تنها عاملی که می‌توانست برای آدم روحیه‌بخش باشه و آدم در داخل درد گم شه، طوری که من هر وقت درد داشتم احساس می‌کردم از طرف خدا اجر و پاداشی از بابت این به من می‌دهند بنابراین هر چقدر صبر در من زیاد می‌شد احساس می‌کردم توشه برای خودم جمع می‌کنم" (مشارکت‌کننده کد ۲). "نسبت به این دردم امید به خدا و یک روحیه جنگنده پیدا کردم. نمی‌ذارم این مشکل منو از پا در بیاره و آن روحیه افسردگی برگرد" (مشارکت‌کننده کد ۹). "مطمئنم آن زمان‌ها را که به خاطر

حتی زیر ماشین بره چون کنترل زانو دست خودمان نیست. با آن آرامش که راه می‌ری بعضی افراد احساس می‌کنن که شما بی‌خیالی یا گردن کلفتی می‌کنی، موردی بوده ماشینو روی من گرفته و ترسانده" (مشارکت‌کننده کد ۱۶).

**(۲) احساس استقلال:** مشارکت‌کنندگان تمایل به استقلال و عدم وابستگی داشتند و تلاش کردند با وجود محدودیت‌های ناشی از قطع عضو، از لحاظ مالی و انجام کارهای روزمره و حتی در انتخاب همسر حالت تسلیم‌گریزی داشته باشند و با تلاش بیشتر و داشتن روحیه جنگندگی، عزت نفس خود را حفظ نمایند. آنها کمک‌گرفتن از دیگران را ناشی از ضعف افراد قطع عضو می‌دانستند. به‌طور کلی مشارکت‌کنندگان تلاش می‌کردند در فرآیند تطابق با قطع عضو در ابعاد مختلف مالی، اجتماعی و عاطفی استقلال لازم را داشته باشند.

"شاید قطع عضو بعضی‌ها را به تلاش بیشتر وادار کنه. خب یک سری آدم‌ها را من می‌شناسم که روی ویلچر می‌شینن و کار می‌کنن یک ساختمان سه طبقه داره و سه طبقه هم اجاره داده. بنابراین برای همچین افرادی این یک موقعیته که بتوته خودشو نشان بده" (مشارکت‌کننده کد ۱۰). "وقتی شما آینده رو می‌بینی ... امکان داره برای رسیدن به آنها مشکلاتی داشته باشی. باید این عوامل منفی را کنار بذاری فرار نکنی باید آنها را از سر راه برداری" (مشارکت‌کننده کد ۳). صیانت و حفظ عزت نفس از دید مشارکت‌کنندگان از جایگاه خاصی برخوردار بود. به‌طوری که در سخت‌ترین شرایط و تنگناهای مالی حتی حاضر نمی‌شدند از نزدیک‌ترین حامی خود هم استمداد بطلبند. "درست است که ما وضعیت مالی‌مان در حدی خوب بود که خودمان را خوب بچرخانیم نه اینکه وضعیتمان خیلی خوب باشد، ولی محتاج کسی نبودیم. ولی مشکلی که شاید گاهی برای بعضی‌ها غیرقابل تحمل بود عزت نفس بود که خدا لطف کرده به من داده. این عزت نفس اجازه نمی‌داد در اوج مشکلات حتی به والدینم بگم من پول ندارم به من پول بده" (مشارکت‌کننده کد ۲). "من دیگه آن پدر را ندارم تا الان من به برادرانم نگفتم من پول ندارم. اخلاق و خلق من اجازه نمی‌دهد حتی از کسی قرض بگیرم. آدم انوقت خودشو پایین میاره" (مشارکت‌کننده کد ۹). مراقبت‌های ویژه در موارد قطع عضو و محدودیت حرکتی ایجادشده، فشار مشکلات را مضاعف می‌کند با این حال این افراد نهایت تلاش خود را به کار می‌گرفتند که در انجام کارهای روزمره خود، استقلال فردی خود را حفظ نموده و حتی برای نشان‌دادن اقتدار و عدم وابستگی به دیگران، در انجام امور معمول زندگی از نزدیک‌ترین افراد حامی و خانواده خود هم سبقت بگیرند. "پروتز تعریق می‌کنه بدجوری هم بو می‌ده. خودم می‌برم می‌شورم نمی‌ذارم خانم بشوره، البته بعضی موقع می‌بره می‌شوره ولی هیچ‌وقت نگفتم برو اینو بشور خودم می‌برم دست‌شوویی می‌شورم حتی بارها سر سفره دیدم نمک نیست پروتزم را پوشیدم و نمک را آوردم بچه‌ها یا

می‌آورم دردهای وحشتناکی داشتم مهم‌ترین عامل کمک‌کننده خدا بود. می‌گفتم بالاخره یک روزی این دردها به لطف خدا تمام خواهد شد" (مشارکت‌کننده کد ۳).

**(۵) جایگزین کردن پروتز:** مشارکت‌کنندگان از جایگزین‌کننده‌های مناسب مثل پروتز برای جبران نقص عضو خود استفاده می‌کردند و معتقد بودند این امر باعث ایجاد تصویر ذهنی مثبت از خود و افزایش اعتماد به نفس در آنها می‌شود و تا حد مطلوبی می‌توانند از این طریق بر محدودیت‌های حرکتی خود فایز آیند.

"از محاسنش اینو بگم هر کسی که اینو اختراع کرده من و افراد مثل من مدیونش هستیم. مدیون آنهایی هم هستیم که تو این زمینه خیلی فعالیت می‌کنند سعی می‌کنند همه مشکلات و مسایل ما را حل کنند. از لحاظ روانی و روحی خیلی رویم گذاشته. پروتز را می‌پوشم می‌شم مثل مردم عادی از لحاظ ظاهری روحیه‌ام حفظ میشه" (مشارکت‌کننده کد ۹). "بعد از اینکه پروتز را درست کردم در عروسیم خیلی تاثیر گذاشت. زمانی که با یک پا بغل خانمت بایستی فرق داره تا زمانی که با دو پات بایستی! خب فامیل و اطرافیان من می‌دونند یک پا ندارم ولی فامیل و اطرافیان خانمم که نمی‌دونند من یک پا ندارم" (مشارکت‌کننده کد ۱۵).

**(۶) مدیریت امور روزمره:** از موارد دیگری که در کنار آمدن مشارکت‌کنندگان با وضعیت موجود تاثیرگذار بود، مدیریت کارهای روزمره زندگی بود. به‌طوری که با برنامه‌ریزی دقیق و ظریف از حداقل زمان و ایاب و ذهاب بیشترین استفاده را کرده و بتوانند در خانه بدون پروتز استراحت و از تشدید زخم و تحریک ناحیه نقص عضو جلوگیری کنند.

"مجبور هستیم از آن امکانات و برنامه‌ای که داریم بهینه و در مدت زمان کمتر استفاده کنیم بیاییم تو خانه‌مان لباس و پروتزمان را دربیاریم و راحت باشیم. به عنوان نمونه شما نمی‌تونید با کفش تو خانه بشینید. به خاطر همان هنگامی که با پروتز فعالیت می‌کنم به جای ۸ ساعت ۲ ساعت فعالیت می‌کنم بعد می‌آم پروتز را در می‌آرم تا بدنم در آرامش و راحتی باشه" (مشارکت‌کننده کد ۱۷). مشارکت‌کنندگان بیان کردند با توجه به هزینه سرسام‌آور قطع عضو ناچارند برنامه‌ریزی و صرفه‌جویی مالی را تا حد ممکن سرلوحه زندگی قرار دهند تا بتوانند از لحاظ مالی وضعیت موجود را به هر صورت ممکن مدیریت کنند. "من آن مدیریت را در بخش مالی نداشته باشم واقعا جواب نمی‌ده هر قدر هم کلان باشه در عرض ۲ سال هزینه کنه میره" (مشارکت‌کننده کد ۹). "به خاطره‌ای از دوران دانشجویی بگم من تهران درس می‌خواندم از کرج می‌رفتم حسینه ارشاد تهران (نمی‌دانم رقی یا نه) از نیستان کرج تا مرکز کرج با ویلچر می‌رفتم ۳۰۰ تومان تو جیبم می‌ماند. به خاطر ویلچر آن ۳۰۰ تومان را پس‌انداز می‌کردم!" (مشارکت‌کننده کد ۵). "میگم چاره نیست ممکن است برای خودم کم مایه بزارم. مثلا به جای

اینکه ۱۵۰ هزار تومان لباس بخرم می‌توانم با ۲۰ هزار تومان از دست‌فروش خرید کنم. ولی میگم شرمند خانواده‌ام نباشم" (مشارکت‌کننده کد ۴). مشارکت‌کننده‌ای که به جای اتخاذ حالت تدافعی، با خودتدبیری و هدایت منطقی زمانی که اطرافیان با ازدواج او مخالفت می‌کردند، بستری مناسب را برای نگرشی مثبت و حس ارزشمندی برای خود کسب نموده می‌گوید که "راهکارش این بود که طوری برخورد می‌کردم به اشتباه خودشان پی ببرند. چون اگر مثل خودشان سرد برخورد می‌کردم می‌گفتند خب این طوره این پسر، وقتی من با مهربانی و مدارا رفتار کردم اینها مجبور شدند نگرششون به من عوض بشه. الان تو مراسم و اینها خیلی با هم رفیق شده‌ایم مثلا با دایی خانمم که در تهران است هر هفته صحبت می‌کنیم" (مشارکت‌کننده کد ۳).

**(۷) ورزش کردن:** از عوامل موثر دیگر در کنار آمدن با قطع عضو که اکثر مشارکت‌کنندگان به اهمیت آن تاکید داشتند رو آوردن به ورزش بود. چرا که ورزش کردن سبب افزایش قدرت و قابلیت انعطاف‌پذیری و توان عضلات و برقراری حرکات طبیعی مفاصل می‌شود. فعالیت فیزیکی یکی از بهترین روش‌ها برای بهبود قدرت و استقامت عضلات، ارتقای عملکرد اعضای حرکتی بدن، کاهش ریسک بیماری‌های قلبی و عروقی و بهبود حرکات پس از قطع عضو است. مشارکت‌کنندگان بر اهمیت ورزش در ارتقای روحی و جسمی و تخلیه تنش‌های روحی و روانی در هنگام ورزش تاکید داشتند و حتی ورزش کردن را به عنوان درمان موثر تلقی نموده‌اند. "شاید یک فرد عادی می‌تونه کارهای روزمره‌اش را انجام بده و اینور اونور بگرده حداقل یک مقداری می‌تونه وضعیت جسمی‌اش را آماده نگه داره ولی ما فقط از طریق ورزش می‌تونیم بیشتر آن کارها را انجام بدیم تاثیر ورزش فوق‌العاده است مثل درمان نقش داره مثل درمان نجات‌بخش است" (مشارکت‌کننده کد ۱۶). فعالیت بدنی و ورزش با تقویت و ایجاد محیط نشاط و شادی باعث ارتقای روحی و روانی مشارکت‌کنندگان شده و آنها با رو آوردن به ورزش، عوارض جسمی و روحی و در کل مشکلات پیچیده و بغرنج زندگی‌شان را به بوته فراموشی می‌سپارند. "ورزش خیلی زیاد در روحیه من تاثیر مثبت داره، هنگامی که ورزش می‌کنم مشکلات یادم نم‌یاید و همیشه بدنم سر حال میشه. به موقع می‌خوابم و بلند می‌شم. احساس خستگی نمی‌کنم. بدنم، کمرم و دستم درد نمی‌کنه. ولی اگر یک مدتی ورزش نکنم یک کاری انجام بدم امروز هم درد نکنه فردا دستم از انور درد می‌کنه. تصمیم گرفتم اگر مغازه‌ام را باز نکنم به بدنسازی می‌رم" (مشارکت‌کننده کد ۱۵). یکی از مهم‌ترین علت علاقمندی مشارکت‌کنندگان به ورزش، دیدار و در کنار هم بودن با هم‌تایان بود. آنها بیان کردند دوستان هم شرایط موقعیت و مشکل ما را بهتر درک کرده و بودن با هم‌تایان علاوه بر ورزش باعث تبادل اطلاعات در زمینه قطع عضو نیز می‌شود. "خیلی وقت بود به ورزش نمی‌رفتم حالت دلتنگی داشتم. حتی تو آن جمع، من دوستان

گذشته ولی حتی این امید رو دارم که یک زمانی مشغول به کار شم این بیشتر در من انگیزه ایجاد می‌کنه" (مشارکت‌کننده کد ۹).

## بحث

هدف این مطالعه تبیین، عوامل موثر در تعدیل و اصلاح سبک زندگی در بیماران ترومایی در خلال فرآیند تطابق با قطع عضو اندام تحتانی بود. نتایج مطالعه نشان داد عوامل موثر در مفهوم سبک زندگی از عواملی چون کسب آگاهی، احساس استقلال، کنترل درد، جایگزین کردن پروتز، مدیریت امور روزمره، ورزش کردن، سفر و ادامه تحصیل تشکیل یافته بود. نتایج مصاحبه عمیق با شرکت‌کنندگان حاکی از آن بود که آنها با تغییراتی در الگو و سبک زندگی خود، می‌خواهند کار و فعالیت و حضور در تعاملات اجتماعی را از سر گرفته و در زندگی مفید واقع شوند.

کسب آگاهی یکی از مضامین سازگاری در حیطه شناختی است؛ بیماران تلاش می‌کردند تا از وضعیت خود، بیماری و درمان آن آگاه شوند. واژه آگاهی در واژه‌نامه دهخدا و معین اسم مصدر از دانستن به معنای دانایی و علم و معرفت است [۳۱] که با معنای آن در این پژوهش همخوانی دارد. شناخت بیماری، تمکین بیماران از دستورات درمانی، مشارکت در فعالیت‌های خودمراقبتی، ایجاد و حفظ تغییر در سبک زندگی را تسهیل می‌کرد. از طرفی کسب آگاهی در مورد بیماری و ابعاد درمانی آن موجب می‌شد تا ترس بیماران به تدریج کمتر شده و قادر باشند خود را با شرایط بهتر تطابق داده و محدودیت‌های ناشی از معلولیت را تا حدودی تعدیل کرده و تحت کنترل خود درآورند. قابل ذکر است گرچه نیاز به کسب آگاهی کمتر در کلام بیماران بیان شده است؛ اما مشاهدات و یادداشت‌های پژوهشگر حاکی از آن بود که بیماران همواره تلاش داشتند تا اطلاعات لازم را از طرق مختلف کسب نمایند. عطش بیماران به کسب آگاهی بیشتر در مورد بیماری و روش‌های حل مشکلات خود، راه را برای تحمل عوارض و مشکلات ناشی از درمان هموارتر می‌نمود. بر اساس پژوهش‌ها، افزایش سطح آگاهی از بیماری به عنوان یک کاتالیزور، نقطه آغازین و تسهیل‌گر تسلط بر بیماری، خروج از انزوای، حرکت در مسیر عادی‌سازی و به دست‌گیری دوباره کنترل بر زندگی است [۳۱]. کسب آگاهی، مشارکت‌کنندگان را قادر می‌سازد برای تجارب خود و حوادثی را که در زندگی با بیماری مزمن برایشان رخ می‌دهد معنایی بیابند. آگاهی در مورد بیماری به فرد کمک می‌کند با تردید و نگرانی مقابله کند در حالی که کمبود آگاهی منجر به احساس واماندگی و عدم توانایی می‌شود. کسب آگاهی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن برای درک بیماری، کاهش اضطراب، انتخاب و تصمیم آگاهانه و کنترل بر موقعیت و عواقب آن مهم بوده و یک منبع بنیادین قدرت برای مواجهه با بیماری محسوب می‌شود [۳۲].

زیادتی پیدا کردم. هم‌نوعان خودم هستند حرفی که آنها می‌زنند من بهتر درک می‌کنم تا یک فرد عادی، الان به شما به عنوان یک فرد سالم باید خیلی توضیح بدهیم تا متوجه مشکلات خاص ما بشی، و درک خاصی از این روحیه ما داشته باشی. ولی هم‌نوعان من یک حرفی می‌زنند دیگر نیازی به توصیف زیاد نیست تا دهانش را باز می‌کند من متوجه می‌شم چه مشکلاتی داره" (مشارکت‌کننده کد ۹). "ورزش لحظه شیرینی است. چون همه‌مان همدردیم حقوق هم را می‌دونیم... از لحاظ قانونی هم می‌دانیم چقدر به ما شامل میشه. از لحاظ خانوادگی هم چون در ارتباطیم می‌دونیم چه مشکلاتی داریم" (مشارکت‌کننده کد ۵). فعالیت و ورزش به‌خصوص با گروه هم‌تایان به خاطر داشتن حس همدلی و همدردی و داشتن مشکلات مشابه، لذت و طراوات محیطی را برای آنها دو چندان می‌نماید. "طعنه نمی‌زنند آنها هم مثل من هستند. خب دردشون هم مثل ماست. برای هم‌چین شخصی هیچ وقت مساله نیست اینکه من معلوم. با من شنا می‌کنه. رفت و آمد می‌کنه. سوار ماشین می‌شه یا به ماشینش منو سوار می‌کنه. هیچ وقت از این مسایل نبود" (مشارکت‌کننده کد ۱۲). هر چند که یکی از مشارکت‌کنندگان به نقش ورزش در ارتقای روحیه معتقد نبود.

**۸ رفتن به مسافرت:** مسافرت کردن نیز در ارتقای طراوات روحی و افزایش اعتماد به نفس مشارکت‌کنندگان تأثیر به‌سزایی داشته و معتقد بودند بعد از مسافرت از سنگینی مشکلات رهایی یافته و اعتماد به نفس‌شان بر محدودیت‌های قطع عضو افزایش پیدا می‌کند.

"فرد عادی می‌گه چون من سالم هستم هر وقت دلم بخواد بیرون میرم در خودش نقصانی احساس نمی‌کند. در نتیجه بیرون رفتن از خانه برایش مهم نیست. ولی فردی که معلولیت داره وقتی نمی‌تونه بیرون بره باعث می‌شه به ناتوانی‌اش پی بیره" (مشارکت‌کننده کد ۱۶). "خیلی، روحیه آدمو خیلی بالا می‌بره. انگار که مثلاً چی می‌گند دو روز مسافرت میری یک سال لذت می‌بری و بر وضعیت و قطع اندام واقعا تأثیر مثبت داره. حتی اگه پام تو ماشین اذیت بشه من هیچ وقت مسافرت رو از دست نمی‌دم. تو روحیه آدم خیلی تأثیر مثبت می‌ذاره" (مشارکت‌کننده کد ۱۴).

**۹ ادامه تحصیل:** توسل به ادامه تحصیلات نیز از عواملی بود که باعث افزایش اعتماد به نفس و ارضای افراد در پرکردن خلاهای روحی و ارتقا روحیه و قدرت تعامل بیشتر با محیط اطراف و جامعه و همچنین امید به دستیابی به شغل ثابت و منبع درآمد برای مبارزه و غلبه بر مشکلات ناشی از قطع عضو به‌ویژه در حیطه مالی شده است.

"ولی تو این ده سال بهترین چیزی که بر روی من نتیجه‌بخش بوده درس خواندن بوده است من با درس خواندن احساس می‌کنم راحت‌تر خود را در جامعه مطرح می‌کنم و درست است که سن استخدام من

مشارکت‌کنندگان به جای تسلیم در برابر محدودیت‌ها و مشکلات قطع عضو با برنامه‌ریزی و آینده‌نگری به خودتکایی و عدم وابستگی به دیگران روآورده بودند؛ چرا که اتکا به توانایی‌های فردی را عامل مهمی برای اصلاح و تعدیل فعالیت‌های زندگی خود می‌دانستند. علی‌رغم تنش‌ها و محدودیت‌های افراد دچار قطع عضو، آنها اتخاذ رویکرد مثبت را عامل کاهش پیامدهای بیماری و بازگشت به زندگی قبل از بیماری می‌دانستند. بازگشت به زندگی قبلی مستلزم حفظ توانایی و پتانسیل‌های فعلی با وجود محدودیت‌های موجود است. خودتکایی و خودمراقبتی که هسته اصلی فرآیند بهبودی از بیماری را تشکیل می‌دهد، به معنای تصمیم‌گیری و مشارکت افراد قطع عضو در فعالیت‌های خودمراقبتی، پذیرش و ایجاد تغییر در سبک زندگی است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند افرادی که با بیماری مزمن زندگی می‌کنند نمی‌خواهند با کمبود دیده شوند و تلاش می‌کنند تا هویت ارزشمندشان را حفظ کنند و زمانی که افراد می‌توانند بیماری را مدیریت کنند، بازسازی هویت سریع‌تر صورت می‌گیرد [۳۳]. بیمارانی که خودکنترلی را عامل مهم اداره بیماری می‌دانند، نسبت به افرادی که به کنترل بیرونی و سایر افراد وابسته هستند، زودتر به فعالیت‌های روزمره زندگی باز می‌گردند. بازگشت به زندگی مستلزم حفظ استقلال و کاهش وابستگی به دیگران است [۳۴].

یکی از مهم‌ترین مشکلاتی که افراد قطع عضو با آن دست و پنجه نرم می‌کنند و نیاز به کنترل و مدیریت آن دارند درد است. مشارکت‌کنندگان تلاش می‌کردند با استفاده از شگردهای مختلف مانند افزایش روحیه و تقویت حس جنگندگی در کنار رویکرد مذهبی شدت درد را تعدیل کرده و تحت کنترل خود درآورند. استفاده از این استراتژی‌ها، زمینه مناسب برای ایجاد سخت‌کوشی (Hardness) را در آنها مهیا می‌کند. کویاسا و مدی سخت‌کوشی را به عنوان سازه‌ای شخصیتی متشکل از سه مولفه اصلی تعهد (Commitment)، کنترل (Control) و مبارزه‌طلبی (Challenge) معرفی می‌کنند [۳۵]. افراد سخت‌کوش نسبت به آنچه‌انجام می‌دهند متعهدترند و خود را وقف هدف می‌کنند (تعهد)، آنها همچنین احساس می‌کنند که بر اوضاع مسلطند و خودشان تعیین‌کننده‌اند (کنترل)، و تغییرات زندگی را چالش‌ها و فرصت‌هایی برای رشد و پیشرفت می‌دانند، نه محدودیت و تهدید (مبارزه‌طلبی). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که هر چه افراد سخت‌کوش‌تر باشند، شرایط استرس‌زا را کمتر تهدیدکننده ارزیابی می‌کنند و از مهارت‌های مقابله‌ای موثرتری بهره می‌برند [۳۶]. از سوی دیگر، راهبردهای مساله‌مدار و هیجان‌مدار مثبت در مواجهه با استرس‌های زندگی، از جمله سبک‌های مقابله‌ای کارآمد و موثر محسوب می‌شوند [۳۵]. وجه مشخصه سبک مقابله‌ای مساله‌مدار، عملکرد مستقیم برای کاهش فشارها و افزایش مهارت‌های مدیریت استرس است. سخت‌کوشی از طریق اعتماد شخص به توانایی خود برای

مقابله با شرایط استرس‌زا و تقویت حس استقلال و خودپیروزی، زمینه لازم برای طراحی نقشه و اقدام عملی مستقیم را فراهم می‌آورد. سخت‌کوشی، همچنین از طریق افزایش مهارت‌های شخص برای مدیریت استرس، احتمال موفقیت وی را در اقدام مستقیم برای کاهش فشارها و استرس‌ها (مقابله مساله‌مدار) افزایش می‌دهد [۳۶]. با ارتباط ناگسستگی و اتصال به نیروی لایزال الهی و استعانت از رویکرد مذهبی، امید همواره در زندگی مشارکت‌کنندگان جاری بوده و یقین داشتند در سایه حمایت خداوند و داشتن روحیه جنگندگی، کنترل درد برایشان آسان و دست‌یافتنی است.

یکی از مهم‌ترین عواملی که در خودتعدیلی مدبرانه نقش به‌سزایی داشت مدیریت کارهای روزمره زندگی بود. به‌طوری که افراد سعی می‌کردند با استفاده از روش مقابله‌ای برنامه‌ریزی مساله‌محور مدیریت زمان را به دست گرفته و با ارزیابی متد و شیوه‌های مختلف بهترین روش با حداقل زمان را برای انجام امور زندگی خود انتخاب می‌کردند تا به خودکنترلی دست یافته و بر محدودیت‌های ناشی از شرایط فایق آیند. در روش مقابله‌ای مبتنی بر برنامه‌ریزی مساله‌محور فرد برای کنترل و حل مشکل با تکیه بر فکر و اندیشه خود به ارزیابی راه حل‌های مختلف می‌پردازد و بعد از آن با انتخاب بهترین شیوه به حل مساله اقدام می‌کند [۳۶]. نتایج مطالعه تجارب سال‌ها زندگی افراد با بیماری‌های مزمن نشان داده است که حفظ ظرفیت انجام فعالیت‌های روزمره برجسته‌ترین بُعد زندگی آنها است. بعد از تجربه دوره فقدان و آسیب، فرد با درک محدودیت ناشی از بیماری، با اتخاذ استراتژی‌های تطابقی مانند ورزش و فعالیت جسمانی، تغییر رژیم غذایی و از سرگیری فعالیت‌های روزمره سابق، به سوی کسب مجدد سطح سلامتی گذشته خود برآمده و بیماری را در زندگی روزمره خود تحت کنترل درمی‌آورند [۳۷]. مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر نیز، در واقع با فعالیت و ورزش، مشارکت در فعالیت‌های خودمراقبتی، جمع‌آوری اطلاعات خودمراقبتی و با تغییر سبک زندگی نقش قابل‌توجهی در مدیریت و کنترل سیر بیماری داشتند.

بیماران دچار قطع عضو، به‌منظور تطابق با حیطه روان‌شناختی و بهبود سلامت روان، از تفکر منفی درباره بیماری اجتناب می‌کردند و با فعالیت‌هایی نظیر ایجاد تفریح و سرگرمی تلاش می‌کردند تنش‌ها و فشارهای زندگی روزمره را تعدیل نمایند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند بیماران مبتلا به بیماری مزمن از جمله قطع اندام به‌تدریج با آزمون و خطا یاد می‌گیرند که باید در حیطه محدودیت‌های تحمیل‌شده از سوی بیماری با استراحت بین کارها، الویت‌گذاری، تغییر در الگوی زندگی، بیماری را برای تداوم زندگی تحت کنترل داشته باشند [۳۲]. سایر پژوهش‌ها نشان داده‌اند بین سلامت عمومی جانبازان و معلولین قطع عضو با ورزش کردن همبستگی مثبت وجود دارد [۳۸] و جانبازان از تاثیر مثبت ورزش بر سلامت جسم و روح و حفظ شادابی آگاهی دارند [۳۹].



آقای علی منصور لکویج معاون درمان بنیاد شهید و ایثارگران و خانم منیره قوامی کارشناس بنیاد شهید و ایثارگران اردبیل صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

**تاییدیه اخلاقی:** تاییدیه اخلاقی این مقاله در جلسه مورخه ۹۱/۶/۸ شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده و کمیته منطقه‌ای اخلاق دانشگاه (طی نامه شماره ۵/۴/۶۱۵۶ مورخه ۹۱/۷/۱۲ به شماره ۹۱۱۰۶ کمیته اخلاق و به شماره پایان‌نامه ۳۲۱) به تصویب رسیده است.

**تعارض منافع:** موردی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

**منابع مالی:** این مطالعه با حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام گرفته شده است.

## منابع

- 1- West R, French D, Kemp R, Elander J. Direct observation of driving, self reports of driver behaviour, and accident involvement. *Ergonomics*. 1993;36(5):557-67.
- 2- Krug EG, Sharma GK, Lozano R. The global burden of injuries. *Am J Public Health*. 2000;90(4):523-6.
- 3- Saxena S, Sharan P, Garrido M, Saraceno B. World Health Organization's mental health atlas 2005: Implications for policy development. *World Psychiatry*. 2006;5(3):17984.
- 4- Sharma BR. Development of pre-hospital trauma-care system-an overview. *Injury*. 2005;36(5):579-87.
- 5- Green B. Personal construct psychology and content analysis. *Pers Construct Theory Pract*. 2004;1(3):82-91.
- 6- Purcell GP. Surgical textbooks: Past, present, and future. *Ann Surg*. 2003;238(6 Suppl):34-41.
- 7- Saeidzakerin M, Hoviatlab K, shahabi M. Effect of home visit on self care and physical activity of veterans with bilateral lower limb amputation. *Pajohandeh J*. 2000;1(17):107-12. [Persian]
- 8- Ebrahimzadeh MH, Rajabi MT. Long-term outcomes of patients undergoing war-related amputations of the foot and ankle. *J Foot Ankle Surg*. 2007;46(6):429-33. [Persian]
- 9- Warmuz A, Szeliga D, Krzemień G, Stemplewska B, Witanowska J. Rehabilitation of patients after lower limb amputation as a basic element of adaptation to normal life. *Wiadomości Lekarskie (Warsaw, Poland: 1960)*. 2004;57(1):331-4.
- 10- Desmond D, MacLachlan M. Psychological issues in prosthetic and orthotic practice: A 25 year review of psychology in prosthetics and orthotics international. *Prosthet Orthot Int*. 2002;26(3):182-8.
- 11- Liu F, Williams RM, Liu HE, Chien NH. The lived experience of persons with lower extremity amputation. *J Clin Nurs*. 2010;19(15-16):2152-61.
- 12 - De Laat FA, Dijkstra PU, Rommers GM, Geertzen JH, Roorda LD. Perceived independence and limitations in rising and sitting down after rehabilitation for a lower-limb amputation. *J Rehabil Med*. 2014;26(10):16501977-1834.
- 13- Seyed Hosseini Davrany H, Batool M, Karbala'i Esmaili S, Soroush MR, Masomi M. Satisfaction in the service of veterans with amputation of both lower extremities. *Iran J War Public Health*. 2010;3(1):49-54. [Persian]
- 14- Bruins M, Geertzen JH, Groothoff JW, Schoppen T. Vocational reintegration after a lower limb amputation: A qualitative study. *Prosthet Orthot Int*. 2003;27(1):4-10.

قطع عضو اندام تحتانی منجر به نقصان‌ها و تغییراتی در وضعیت سلامت فرد می‌شود که نیازمند اصلاح الگوهای زندگی است. اگر چه تغییر سبک زندگی و رفتارهای مربوط به مدیریت و کنترل بیماری بخش مهمی از تجارب بیماران برای سازگارشدن با قطع عضو بودند، اما واقعیت امر این است که سازگاری با قطع عضو اندام تحتانی فقط به منزله تغییر رفتاری نبوده، بلکه نیازمند بهبودی و سازگاری در ابعاد شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی نیز است. اگرچه مشارکت‌کنندگان از درد و رنج طاقت‌فرسا به دنبال قطع عضو شاکی بودند ولی سعی می‌کردند با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مناسب شرایط را به گونه‌ای تلطیف و تعدیل نمایند که استرس ناشی از این عوامل کاهش یافته و آرامش نسبی حاصل شود. در نهایت مدیریت محدودیت و استفاده فعال‌تر از راهبردهای مقابله‌ای از راهبردهای مساله‌مدار، هیجان‌مدار مثبت لازاروس و فولکمن در کنار مقابله مذهبی و حمایت اجتماعی موثر راه را برای تطابق با شرایط و وضعیت موجود هموار نموده است.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به حساسیت مسئولان بنیاد شهید و ایثارگران و اداره بهزیستی در مورد اخذ اطلاعات از افراد وابسته به آن سازمان‌ها اشاره کرد. پژوهشگر نهایت تلاش خود را به کار گرفت تا اعتماد مسئولان و مشارکت‌کنندگان را در این زمینه جلب نموده و به محرمانه‌ماندن اطلاعات اخذ شده تاکید نمایند. همچنین شرایط جسمی خاص شرکت‌کنندگان در پژوهش، سبب شد تا پژوهشگر به ناچار برای مصاحبه به منزل برخی از شرکت‌کنندگان مراجعه کند یا ساعتی قبل در اداره بهزیستی حاضر شود تا نسبت به آماده کردن مکان مصاحبه و تامین صندلی راحتی، سرمایش، گرمایش و غیره اقدام کند.

بر اساس یافته‌های این مطالعه، پیشنهاد می‌شود که در زمینه تعدیل و اصلاح سبک زندگی در تطابق با قطع عضو اندام فوقانی، تعدیل و اصلاح سبک زندگی در تطابق با قطع عضو ناشی از دیابت، فرآیند مدیریت قطع عضو اندام تحتانی، راهبردهای مذهبی در مقابله با قطع عضو اندام تحتانی و تاثیر آن بر سازگاری بیماران به روش کمی و کیفی، بررسی ابعاد شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی در تطابق با قطع عضو اندام تحتانی، طراحی و الگوی توانمندسازی افراد مبتلا به قطع عضو اندام تحتانی و فرآیند ارتباط اثربخش تیم درمانی در تطابق با قطع عضو اندام تحتانی مطالعات بیشتری انجام شود.

## نتیجه‌گیری

در مجموع، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای موثر در کنار حمایت اجتماعی مهم‌ترین عامل در تطابق و سازش با قطع عضو است.

**تشکر و قدردانی:** نویسندگان از کلیه مشارکت‌کنندگان و همچنین از جناب آقای داریوش یحوی مسئول واحد بهزیستی و

- 28- Gomez JF, Curcio CL, Alvarado B, Zunzunegui MV, Guralnik J. Validity and reliability of the Short Physical Performance Battery (SPPB): A pilot study on mobility in the Colombian Andes. *Colomb Med*. 2013;44(3):165-71.
- 29- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurs Educ Today*. 2004;24(2):105-12.
- 30- Priest H, Roberts P, Woods L. An overview of three different approaches to the interpretation of qualitative data. Part I: Theoretical issues. *Nurs Res*. 2001;10(1):30-42.
- 31- Hassankhani H. Life processes with chemical injury victims in Iran [dissertation]. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2008. [Persian]
- 32- Edwards CR, Thompson AR, Blair A. An 'Overwhelming Illness' women's experiences of learning to live with chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis. *J Health Psychol*. 2007;12(2):203-14.
- 33- Kralik D. The quest for ordinariness: Transition experienced by midlife women living with chronic illness. *J Advanced Nurs*. 2002;39(2):146-54.
- 34- Afraseyabi A, Hassani P, Fallahi Khoshknab M, Yaghma'ee F. Iranian elderly experiences with myocardial infarction. *Iran J Aging*. 2008;3(9-10):66-74. [Persian]
- 35- Kobasa SC, Maddi SR. Existential personality theory. Current personality theories. Itasca, IL: Peacock; 1977.
- 36- Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
- 37- Lobe TE. Perioperative hypnosis reduces hospitalization in patients undergoing the Nuss procedure for pectus excavatum. *J Laparoendoscopic Advanced Surg Tech*. 2006;16(6):639-42.
- 38- Poorsoltany H. The relationship between physical activity and public health, of veterans and disabled members of the athlete Iranian amputation. *J Motor Sport*. 2003;2:10-6. [Persian]
- 39- Kyani M, Shirvani T, Ghanbari H, Kyani S. Role of exercise in leisure time activities disabled. *Iran J War Pub Health*. 2013;5(2):26-34. [Persian]
- 15- Burger H, Marincek CRT. Return to work after lower limb amputation. *Disabil Rehabil*. 2007;29(17):1323-9.
- 16- Dougherty PJ. Long-term follow-up study of bilateral above-the-knee amputees from the Vietnam War. *J Bone Joint Surg Ame Vol*. 1999;81(10):1384-90.
- 17- Ebrahimzadeh MH, Fattahi AS. Long-term clinical outcomes of Iranian veterans with unilateral transfemoral amputation. *Disabil Rehabil*. 2009;31(22):1873-7. [Persian]
- 18- Khademi MJ, Gareab M, Rashdi V. Prevalence of depression in patients with amputation and its relationship to cognitive variables. *Iran J War Public Health*. 2011; 4(2):12-7. [Persian]
- 19- Sharpe L, Curran L. Understanding the process of adjustment to illness. *Soc Sci Med*. 2006;62(5):1153-66.
- 20- Maes S, Karoly P. Self-regulation assessment and intervention in physical health and illness: A review. *Applied Psychol*. 2005;54(2):267-99.
- 21- Vrijhoef H, Diederiks J, Spreeuwenberg C, Wolffenbuttel B, Van Wilderen L. The nurse specialist as main care-provider for patients with type 2 diabetes in a primary care setting: effects on patient outcomes. *Int J Nurs Stud*. 2002;39(4):441-51.
- 22- Taylor C, Lillis C, LeMone P. Fundamental of nursing: The art and science of nursing care. Dimensions Crit Care Nurs. 1990;9(1):28.
- 23- Meng L, Maskarinec G, Lee J, Kolonel LN. Lifestyle factors and chronic diseases: Application of a composite risk index. *Prevent Med*. 1999;29(4):296-304.
- 24- Wright SJ, Kirby A. Deconstructing conceptualizations of adjustment to chronic illness: A proposed integrative framework. *J Health Psychol*. 1999;4(2):259-79.
- 25- Speziale HS, Streubert HJS, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2011.
- 26- Polit D, Beck C, Hungler B. Essentials of nursing research: Methods, appraisal and utilization. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
- 27- Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005;15(9):1277-88.